

RICERCA PERCORSO NASCITA***Parto e puerperio: i vissuti delle donne in un'ottica di ricerca multidisciplinare***

Anna Maria Della Vedova¹, Francesca Dabrassi¹, Benedetta Ducceschi¹, Loredana Cena¹, Andrea Lojucono², Enrica Vitali³, Luigina De Franceschi³, Miriam Guana⁴, Umberto Angelo Bianchi², e Antonio Imbasciati¹

¹ Cattedra di Psicologia Clinica, Dipartimento Materno Infantile, Università di Brescia; ² Cattedra di Ginecologia e Ostetricia, Dipartimento Materno Infantile, Università di Brescia; ³ Reparto di Ostetricia e Ginecologia, Spedali Civili di Brescia; ⁴ Cattedra di Scienze infermieristiche ostetrico-ginecologiche, Università di Brescia.

INTRODUZIONE

La promozione della salute e del benessere in gravidanza comporta il *prendersi cura* della donna come persona, ovvero nella complessità degli aspetti biologici, psicologici e socioaffettivi come indicato dall'OMS (1946). Se si considerano le fasi della nascita (concepimento, gravidanza, parto e puerperio) come momenti di un percorso complesso, in cui variabili psicologiche e somatiche sono profondamente interrelate, diviene chiaro come l'assistenza in gravidanza necessiti di un'integrazione tra le diverse competenze specialistiche, a vari livelli coinvolte nell'approccio globale alla gestante e alla coppia genitoriale (Della Vedova, 2005; Imbasciati e coll., 2007).

Parto e puerperio rappresentano momenti particolarmente delicati in cui l'incontro con il neonato e i suoi bisogni richiede alla donna, e alla coppia genitoriale, la massima capacità di negoziare il cambiamento. La ricerca nell'ambito dei vissuti delle donne rispetto al parto (Regalia & Bestetti, 2006; Della Vedova & Dabrassi, 2006) ha messo in evidenza come gli aspetti di maggiore rilievo durante l'esperienza del travaglio e del parto siano legati non tanto ad interventi di tipo pratico o medico, ma ad elementi del sostegno psicologico, in particolare quello ricevuto dalle ostetriche: la presenza rispettosa e paziente, l'ascolto, l'empatia, l'incoraggiamento, la possibilità di sentire compresi (e non negati) il modo soggettivo di vivere il dolore fisico e la paura.

Gli studi sui vissuti delle donne relativi alle fasi del post-partum riportano spesso al puerperio

come fase di vulnerabilità (Monti e coll., 2006; Valoriani e coll., 2006) in cui nella donna, in particolare nelle primipare, si rivela molto intenso il bisogno di supporto emotivo da parte del partner e di figure femminili "esperte", a cui fare riferimento nell'incertezza delle difficoltà relative all'accudimento del bambino, all'allattamento e alla comprensione degli stati di benessere e malessere del neonato. E' questa tra l'altro una fase della maternità poco favorita dalle caratteristiche socio-economiche attuali, per cui la donna può vivere situazioni di isolamento piuttosto che di supporto nel puerperio, ed ancora poco sostenuta dai servizi sanitari e non sufficientemente esplorata dal punto di vista della ricerca.

In questo lavoro sono presentati i dati preliminari, relativi alla fase pilota della costruzione di un questionario sul postpartum, tratti da una ricerca longitudinale che indaga i vissuti materni rispetto alla gravidanza, al parto e al postpartum. L'area considerata riguarda i vissuti del parto e del puerperio: il rientro a casa, l'andamento dell'allattamento, l'acquisizione dei ritmi del neonato e la relazione con il proprio bimbo.

MATERIALI E METODI**Il campione**

Il campione è costituito da 29 donne di nazionalità italiana, la cui età varia tra i 26 e i 39 anni (età media=31,45; s.d.=3,915). La maggior parte delle donne (n=22) è coniugata; 3 sono conviventi e 4 nubili. Il livello di istruzione è medio-alto: 4 hanno conseguito la licenza media, 16 il diploma di scuola superiore e 9 la laurea. Si tratta di donne alla prima gravidanza, che non presentano patologie fisiche e psichiatriche, contattate presso il Reparto di Ginecologia e Ostetricia degli Spedali Civili di Brescia.

Strumenti e procedure

I vissuti delle donne sono stati raccolti attraverso un'intervista semistrutturata effettuata per via telefonica entro il primo mese dal parto. Le domande indagano il giudizio soggettivo delle donne rispetto alle seguenti variabili: l'andamento del parto, il ricordo della durata, il rientro a casa, il procedere dell'allattamento, le prime interazioni e i ritmi acquisiti dal bambino.

Dall'intervista sono stati ricavati, inoltre, dati clinici relativi al parto così come le donne spontaneamente li ricordavano. Questi riguardano: parto vaginale o taglio cesareo,

Parto e puerperio: i vissuti delle donne in un'ottica di ricerca multidisciplinare

A. Della Vedova et All.

analgesia epidurale, rottura prematura delle membrane (PROM), amnioressi, induzione con prostaglandine (PGE), induzione con ossitocina, manovra di Kristeller (KR), ventosa ostetrica (VO), episiotomia.

Analisi statistiche

Sono state effettuate le analisi descrittive delle variabili sociodemografiche e relative alla gravidanza. I dati clinici del parto, ricavati dall'intervista, sono stati analizzati come frequenze. Le variabili relative al giudizio del parto (andamento parto, ricordo durata parto, rientro, allattamento, prime interazioni, ritmi acquisiti dal bambino) sono state, invece, codificate su scala ordinale da 1 a 3, corrispondenti al giudizio espresso dalle donne rispetto al proprio vissuto: giudizio positivo ("bene, molto bene" = 3), giudizio intermedio ("abbastanza bene" = 2), giudizio negativo ("per niente bene" = 1). Le relazioni tra queste variabili sono stati analizzate utilizzando la correlazione di Spearman ($\rho_s = \text{rho}$).

Per quanto riguarda l'analisi delle frequenze dei dati relativi al giudizio soggettivo sugli eventi del parto e del puerperio (vedi Tabella 2) emerge un giudizio globalmente positivo rispetto: all'andamento del parto (48,29%), al rientro a casa (41,38%), all'allattamento (58,62%), all'interazione con il bambino (79,31%) e ai ritmi acquisiti del bambino (68,97%)

RISULTATI

Le donne del nostro campione hanno riferito le seguenti modalità di parto: parto vaginale (n=25; 86%) e taglio cesareo (n=4; 14%). Sei donne (21%) hanno riportato di aver richiesto l'epidurale, 11 (38%) hanno descritto diverse manovre ostetriche subite in fase di travaglio e parto (applicazione prostaglandine, ossitocina, amnioressi, Kristeller, ventosa ostetrica), 14 (48%) non hanno menzionato interventi ostetrici di nessun genere (Tabella 1).

Tab 1	PARTO VAGINALE		TAGLIO CESAREO		TOTALE
	CON EPIDURALE	SENZA EPIDURALE	CON EPIDURALE	SENZA EPIDURALE	
SENZA MANOVRE OSTETRICHE	1	14	2	1	18
PGE		4	1		5
KR		1			1
PROM	1				1
VO + KR		1			1
PGE +		1			1
VO + KR	1				1
OSSITO		1			1
CINA +					
VO +					
EPISIO					
VO + KR + EPISIO	1				1
TOTALE	3	22	3	1	28

Tabella 1: Distribuzione di frequenza dei dati clinici relativi all'evento parto, emersi dai resoconti delle donne.

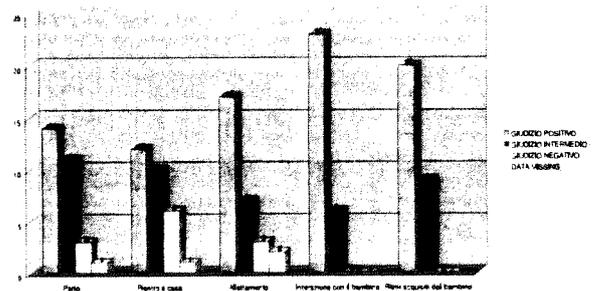


Tabella 2: Distribuzione di frequenza dei dati relativi al giudizio soggettivo delle donne rispetto al parto, al rientro a casa, all'allattamento, all'interazione con il bambino e ai ritmi acquisiti del bambino.

Dall'analisi della correlazione di Spearman effettuata sulle stesse variabili è emerso che:

- il giudizio soggettivo del parto è :
 - inversamente correlato con la durata delle fasi del parto ($\rho_s = -0.762, p=0.001$): il parto è giudicato tanto più positivo quanto minore è stata la durata del parto così come ricordata dalle donne;
 - positivamente correlato con la valutazione dell'interazione con il bambino ($\rho_s = 0.412, p=0.05$): tanto più il parto è stato giudicato positivamente tanto meglio viene giudicata l'interazione con il bambino;

RIVISTA ON LINE DI RICERCA, FORMAZIONE, INFORMAZIONE DELLA DISCIPLINA OSTETRICA

- positivamente correlato con il giudizio rispetto ai ritmi del bambino ($p_s = 0.404$, $p=.05$): un migliore giudizio del parto è associato ad un migliore giudizio dell'acquisizione dei ritmi da parte del bambino.
- 2. la qualità dell'allattamento risulta:
 - positivamente correlata con il vissuto del rientro a casa ($p_s = 0.704$, $p=.001$): ad un migliore giudizio del rientro a casa si associa un miglior giudizio sull'andamento dell'allattamento;
 - positivamente correlata con l'interazione con il bambino ($p_s = 0.400$, $p=.05$): un miglior giudizio dell'andamento dell'allattamento corrisponde un miglior giudizio dell'interazione con il bambino;
 - positivamente correlata con i ritmi acquisiti dal bambino ($p_s = 0.519$, $p=.001$): tanto più viene valutato positivamente l'andamento dell'allattamento, tanto meglio viene giudicata l'acquisizione dei ritmi da parte del bambino.

CONCLUSIONI

I dati emersi in questo studio sono stati ottenuti attraverso i ricordi delle donne a circa un mese di distanza dal parto e, pertanto, non vanno considerati come dati obiettivi relativi all'andamento clinico del parto, ma come vissuti soggettivi delle donne.

Dall'analisi delle frequenze relative ai dati clinici del parto emerge che l'86,2% delle donne ha avuto parto vaginale, mentre il restante 13,8% ha avuto parto cesareo; inoltre, il 20,69% ha richiesto l'analgisia epidurale. Tra le donne che hanno partorito con parto vaginale, quelle che non hanno richiesto l'analgisia epidurale caratterizzato da un livello di minore intervento compatibile con la sicurezza della madre e del bambino (Guana, Bianchi, 2007 in stampa).

Dall'analisi dei dati soggettivi emerge che la maggioranza delle donne ha un ricordo positivo del parto e del puerperio. Ci sembra rilevante il fatto che una buona parte di esse esprima un giudizio intermedio del rientro a casa come a sottolineare la complessità dei primi momenti di interazione con il bambino e della riorganizzazione della vita familiare. Da questi primi risultati emergono relazioni significative tra elementi

rappresentano la maggioranza di quelle che non hanno subito manovre ostetriche durante il parto (66,67% vs. 33,33%).

Non bisogna dimenticare che questi dati vanno letti anche in relazione alle caratteristiche del campione esaminato: si tratta di donne alla prima gravidanza, che non presentano patologie fisiche e psichiatriche e, pertanto, con minor probabilità di avere complicazioni durante il parto. Inoltre, i pochi casi di taglio cesareo e di utilizzo dell'analgisia epidurale sono presumibilmente anche dovuti anche alla politica sanitaria locale. In particolare, le ostetriche di Brescia si fanno promotrici del parto fisiologico spontaneo dell'andamento del parto e aspetti del postpartum, in particolare della relazione madre-neonato. Inoltre, ci sembra rilevante come un buon procedere dell'allattamento risulti correlato con il vissuto positivo del rientro a casa e con la qualità dell'interazione con il bambino, evidenziata anche dalla valutazione positiva dei ritmi del bambino. Questi dati preliminari sembrano confermare l'importanza dei vissuti legati all'esperienza del parto nella sua complessità: nel nostro studio pilota tanto il parto veniva valutato positivamente migliore era il vissuto del puerperio e la relazione con il bambino

Bibliografia

- Della Vedova, A.M. (2005). Le origini della relazione genitori-bambino prima della nascita: l'attaccamento prenatale? *Psychomedia*, rivista telematica, www.psychomedia.it. Sezione Aree tematiche. Area pre e perinatale
- Della Vedova, A.M., Dabrassi, F. (2006). Incontrare gli operatori della nascita: la presenza e l'ascolto... le donne raccontano. Poster presentato al convegno "Incontrare il paziente... incontrare sé. Viaggio attraverso i sensi in compagnia di uomini e donne di Arte e di Scienza", tenutosi a Brescia il 9-10-11 novembre 2006.
- Guana, M., Bianchi, U.A. (2007 in stampa). Competenza del prendersi cura: il modello formativo nel corso di Laurea in Ostetricia. In Imbasciati, Dabrassi, Cena (a cura di), *Psicologia clinica perinatale*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena L. (2007 in stampa). *Psicologia clinica perinatale*. Padova: Piccin.
- Monti, F., Fagandini, P., Agostini, F., Vettori, D., La Sala, G.B. (2006). La complessità della nascita: genitorialità e modalità del parto. In La Sala, Iori, Monti, Fagandini (a cura di). *La "normale" complessità del venire al mondo*. Milano: Guerini Studio.
- Regalia, A., Bestetti, G. (2006). Dolore fisiologico, dolore patologico, dolore iatrogeno: qualità del dolore ed esperienza delle donne. In La Sala, Iori, Monti, Fagandini (a cura di). *La "normale" complessità del venire al mondo*. Milano: Guerini Studio.
- OMS (1946). Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. New York, 22 luglio 1946.
- Valoriani, V., Benvenuti, P., Pazzagli, A. (2006). L'esperienza soggettiva della maternità: un'analisi qualitativa. In La Sala, Iori, Monti, Fagandini (a cura di). *La "normale" complessità del venire al mondo*. Milano: Guerini Studio.

%)